

SOLICITUD PARA ELEGIBILIDAD PRESUNTA (PE) DE MEDICAID

La elegibilidad de Medicaid determinada por medio de esta solicitud de PE es temporal. Si no se presenta una solicitud para Medicaid total antes del fin del mes posterior al mes de esta determinación de PE, el período y la cobertura de PE finalizarán ese día.

A. Infórmenos sobre el solicitante de PE y dónde vive el solicitante de PE.
Si usted solicita PE en nombre de otra persona, indíquenos la información sobre esa persona en la Sección A más abajo, no su propia información.

Nombre legal del solicitante: _____ Lengua materna: _____

Dirección: _____ Dirección postal: _____
 (Si es diferente de la dirección postal o se exige confidencialidad)

Ciudad/estado/código postal: _____

Si no tiene dirección permanente, indíquenos dónde se puede ubicar al solicitante de PE: _____

Dirección de correo electrónico: _____ No tiene dirección de correo electrónico:

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

B. Por favor, infórmenos sobre su familia. Incluya a su cónyuge y sus hijos menores de 19 años si viven con usted. No indique otros parientes ni amigos aunque vivan con usted.

B. Por favor, infórmenos sobre su familia. Incluya a su cónyuge y sus hijos menores de 19 años si viven con usted. No indique otros parientes ni amigos aunque vivan con usted.				Solo responda estas preguntas para las personas que solicitan PE en esta solicitud.		
Nombre	Número del seguro social (SSN) (opcional)	FDN	Relación con usted	Ciudadano estadounidense, habitante de EE.UU. o inmigrante elegible	Residente de NH:	Beneficiario de Medicaid
			Usted	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
¿Hay alguna embarazada? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si es así, ¿quién? _____				¿Alguna de esas personas ha superado la edad del cuidado tutelar de New Hampshire? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
¿Cuántos bebés se esperan? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Otro _____				Si es así, ¿quién? _____		

¿Las personas que solicitan PE fueron aprobadas para PE durante este año civil? S N

Si es así, ¿quién? _____

¿Las personas embarazadas que solicitan PE fueron aprobadas para PE durante este embarazo actual? S N

Si es así, ¿quién? _____

¿Alguna de las personas que solicitan PE reciben Medicare? S N

Si es así, ¿quién? _____

¿Alguna de las personas que solicitan PE son padres o parientes del cuidador? S N

Si respondió que sí, complete la sección C al dorso.

C. Por favor infórmenos sobre las personas que solicitan PE que sean padres o parientes del cuidador.

Nombre	¿Desempleado ?	¿Discapacitado o incapacitado temporalmente?	¿Trabaja menos de 100 horas por mes?
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

D. Por favor infórmenos sobre los ingresos de su familia. Incluya todo el dinero en efectivo que las personas obtengan del trabajo, empleo autónomo, pensión alimenticia, desempleo, propinas/comisiones, pensiones, discapacidad y regalos en efectivo de amigos/familia.

Nombre de la persona Recibe dinero	Nombre de la agencia, empleador o persona que proporciona el dinero	Monto recibido	¿Con qué frecuencia?
		\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
		\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
		\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
		\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual

E. Firmas

Certifico, bajo pena de falsificación no juramentada conforme a RSA 641:3, que he examinado la información de este formulario, es veraz y completa a mi leal saber y entender, incluida la información respecto a la ciudadanía/estado inmigratorio y los presuntos períodos de elegibilidad anteriores.

Firma del solicitante de PE

Fecha

Si alguien ayudó al solicitante de PE a completar este formulario, esa persona debe firmar a continuación.

Firma

Relación legal con el solicitante de PE

N.º de teléfono

SOLO PARA TRABAJADORES DE PE CERTIFICADOS

Se ha determinado que las personas siguientes son elegibles para PE:

Nombre	¿Solo FPMA?	Fecha de inicio de la PE (mm/dd/aa)
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	

Certifico, bajo pena de RSA 167:61-b, que he explicado al solicitante lo que es la PE, y que si determiné que el solicitante es presuntivamente elegible:

- Fui capacitado y certificado por el DHHS para tomar esta determinación de elegibilidad;
- La persona es elegible de acuerdo a la información que me fue provista y habiendo verificado que la persona ya no es un solicitante de Medicaid y está autorizado para este período de PE; y
- He registrado la/s fecha/s de comienzo de elegibilidad anteriores.

Firma del empleado de PE certificado

Fecha

Número de proveedor

Nombre en imprenta del empleado de PE certificado Y del hospital/agencia

Dirección de correo electrónico